

VU Research Portal

Depressiepreventie via internet: Alles Onder Controle

Riper, H.; Cuijpers, P.

published in

Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering
2012

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Riper, H., & Cuijpers, P. (2012). Depressiepreventie via internet: Alles Onder Controle. In J. Brug, P. van Assema, & L. Lechner (Eds.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering* (pp. 345-360). Van Gorcum.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Hoofdstuk 13

Depressiepreventie via internet: Alles Onder Controle

Heleen Riper en Pim Cuijpers

LEERDOELEN

Na dit hoofdstuk kunt u

- een beschrijving geven van de aard en omvang van de depressie als volksgezondheidsprobleem
- een overzicht geven van risico- en beschermende factoren en verschillende preventiemethoden ten aanzien van depressie
- een beschrijving geven van de opzet en evaluatie van de depressiepreventie-interventie Alles Onder Controle.

13.1

Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we de preventie van depressie en hanteren daarbij het model voor planmatige gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. De planmatige ontwikkeling en evaluatie van de internetinterventie Alles Onder Controle gericht op preventie van depressie staat binnen dit hoofdstuk centraal. In paragraaf 13.2 belichten wij allereerst de kenmerken en prevalentie van depressie. Vervolgens gaan we in paragraaf 13.3 in op de risico- en beschermende factoren voor het ontstaan hiervan. Deze factoren tezamen bieden aanknopingspunten voor de preventie van depressie waarvoor we in paragraaf 13.4 een kader bieden dat speciaal voor de geestelijke gezondheidszorg is ontwikkeld. Kenmerkend voor depressiepreventie is dat deze in toenemende mate via internet wordt aangeboden. Deze groei is mede beïnvloed door onderzoek dat heeft aangetoond dat planmatige interventie via internet hiervoor effectief en doelmatig is. De mogelijke voor- en nadelen van deze vorm van depressiepreventie bespreken we in paragraaf 13.5. In paragraaf 13.6 beschrijven we de ontwikkeling van een internetinterventie voor depressie Alles Onder Controle. De implementatie en verspreiding van deze interventie in de preventiepraktijk wordt besproken in paragraaf 13.7. In paragraaf 13.8 worden de resultaten gepresenteerd van het onderzoek naar de klinische- en kosteneffectiviteit van Alles Onder Controle. Deze resultaten vergelijken we met de effectiviteit van soortgelijke internetinterventies en met het reguliere face-to-face-aanbod voor depressie. We sluiten dit hoofdstuk af met paragraaf 13.9 waarin we een blik werpen op de toekomst en mogelijkheden van depressiepreventie via het internet.

In: Brug J, van Assema P, Lechner L (red).
Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering.
Assen, Van Gorcum, 2012, pp 345-360

13.2

Depressie: analyse van volksgezondheid

Iedereen is wel eens somber maar niet iedereen die somber is, is depressief. We spreken van een depressie wanneer iemand gedurende een periode van meer dan twee weken last heeft van lusteloosheid, desinteresse en gevoelens van wanhoop. De criteria waaraan de diagnose depressie formeel moet voldoen volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Mental Disorders* (DSM- IV-TR, American Psychiatric Association, 2000) staan in box 1. Heeft men eenmaal een depressie gehad dan is de kans op herhaling groot. Naast het belang van depressiepreventie in algemene zin is terugvalpreventie dus ook belangrijk. Er bestaan ook mildere vormen van depressies. Dit zijn de zogenoemde subklinische depressies (Cuijpers, 1998). Deze mildere vormen voldoen niet aan alle DSM IV-criteria maar kunnen wel aanzienlijk lijden tot gevolg hebben. Subklinische depressies verhogen de kans op het later ontwikkelen van een volwaardige depressie zoals vastgesteld met de DSM-IV.

BOX 1

Depressie volgens de
DSM-IV (APA 2000)

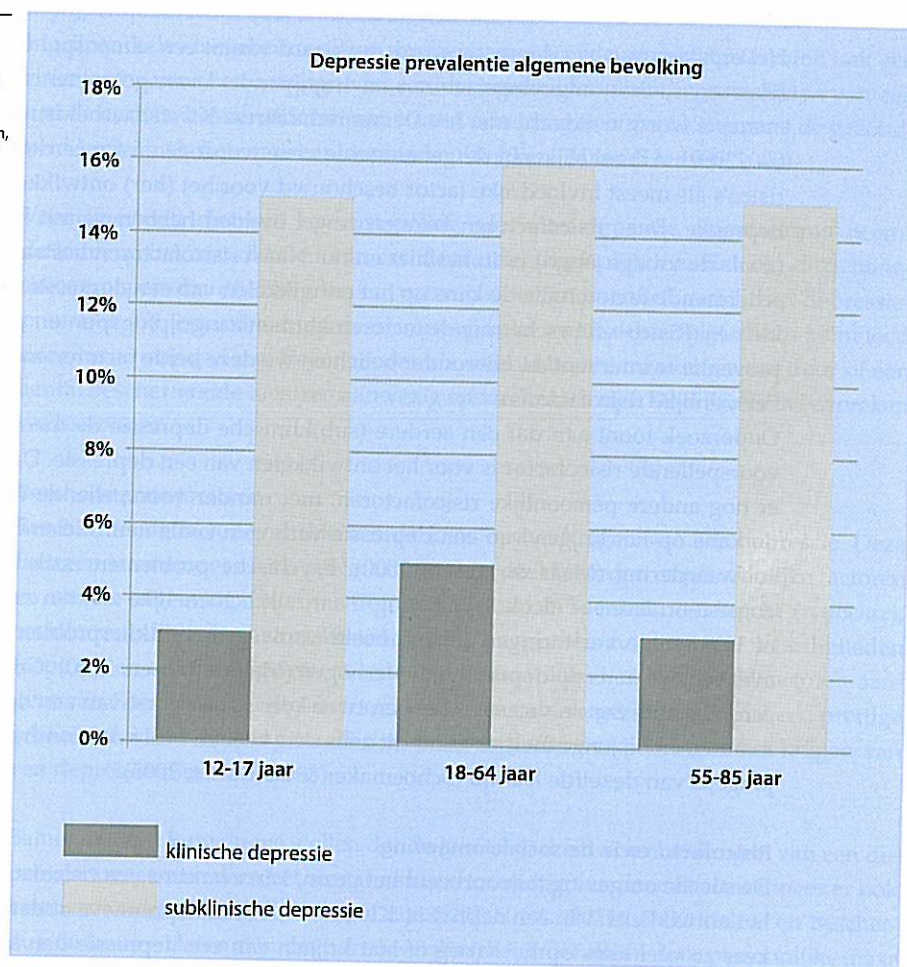
Wanneer iemand bijna dagelijks en gedurende minimaal twee weken last heeft van somberheidsklachten en verlies aan levenslust is er sprake van een depressie. Volgens de DSM IV moeten er dan ook ten minste vijf andere symptomen aanwezig zijn zoals eetproblemen, slaapproblemen, agitatie of juist geremdheid, verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuld, concentratieproblemen, terugkerende gedachten aan de dood of suïcide. Ook mogen depressieve symptomen niet veroorzaakt worden door andere ziekten, middelengebruik, of een rouwproces dat minder dan twee maanden ervoor ingezet is. Een periode waarin iemand voldoet aan deze criteria wordt een 'depressieve episode' genoemd. De helft van deze episodes is korter dan drie maanden, daarentegen duurt één op de vijf langer dan twee jaar. Heeft men eenmaal een depressie gehad dan is de kans op herhaling groot. Na een eerste depressie is er kans op herhaling van 70 procent binnen vijf jaar. Na drie depressieve episodes is deze kans opgelopen tot 90 procent. Naast depressie behoren ook dysthymie en bipolaire stoornissen tot de groep van stemmingsstoornissen.

Per jaar kampt bijna een kwart van de mensen in de leeftijd van 18-64 jaar (circa 1,9 miljoen) met problemen op het gebied van hun geestelijke gezondheid. De meest voorkomende stoornissen zijn angststoornissen (12.4 procent), stemmingsstoornissen waaronder depressie (7.6 procent) en middelenmisbruik (8.9 procent; Bijl e.a., 1998). Jaarlijks heeft ongeveer 1 op de 20 volwassenen in Nederland last van een depressie (tussen de 500 000 en 600 000 Nederlanders) waarvan rond de 285 000 volwassenen voor de eerste keer (De Graaf e.a., 2010). Daarnaast heeft een veel grotere groep (16 procent, 1,3 miljoen volwassenen) last van subklinische depressieve klachten (Cuijpers, 1998). Ook onder jongeren en ouderen komt depressie vaak voor, hetzij minder dan onder volwassenen. Jaarlijks kampen rond de 40 000 jongeren

in de leeftijdsgroep tussen de 12 en 17 jaar met een depressie (Verhulst e.a., 1997). Dit aantal komt overeen met een prevalentie van depressie van 2 procent binnen deze groep. De prevalentie van subklinische depressieve klachten onder jongeren is echter veel hoger en komt overeen met die van volwassenen. Dit geldt ook voor de leeftijdsgroep van 55 tot 85 jaar (Beekman e.a., 1999). Van deze groep heeft ongeveer 15 procent last van subklinische depressieve klachten terwijl 3 procent van deze ouderen jaarlijks een depressie in engere zin heeft (zie figuur 13.1).

FIGUUR 13.1

Prevalentie van depressie in de Nederlandse bevolking in drie leeftijdsgroepen, in 1997-2007



De impact van zowel klinische als subklinische depressies op de kwaliteit van leven zijn fors. Deze aantasting van de kwaliteit van leven wordt beïnvloed door een verslechtering van zowel het mentale, als het fysieke en maatschappelijke functioneren. Depressie behoort dan ook samen met angststoornissen en alcoholverslaving tot de top tien van ziekten met de hoogste ziektelast (Meijer e.a., 2006). In Nederland gingen bijvoorbeeld in 2007 rond de 170 000 gezonde levensjaren verloren door depressie (disability adjusted life years, DALY's, zie hoofdstuk 2). Volgens een voorspelling

van de World Health Organisation (WHO) stijgt depressie in 2030 naar nummer 1 op de lijst van ziekten met de hoogste ziektelast in welvarende landen (Mathers & Loncar, 2006). De jaarlijkse kosten voor subklinische en klinische depressie zijn omvangrijk en worden in totaal geschat op 324 miljoen euro per 1 miljoen inwoners (Smit e.a., 2006).

13.3

Gedrag- en determinantenanalyse: risico- en beschermende factoren voor depressie

Het ontstaan van een depressie wordt verklaard vanuit een samenspel van persoonlijke en sociale-omgevingsfactoren en ingrijpende levensgebeurtenissen. Dit samenspel wordt verklaard met het Dynamische Stress-Kwetsbaarheidsmodel (Ormel e.a., 2000). Afhankelijk van de gehanteerde visie wordt één (of meerdere) van deze risico's als meest invloedrijke factor beschouwd voor het (her) ontwikkelen van een depressie. Deze risicofactoren kunnen zowel invloed hebben vanuit het verleden (zoals de vroege jeugd) of in het hier en nu. Naast risicofactoren bestaan er ook beschermende factoren die de kans op het ontwikkelen van een depressie kunnen verkleinen. Risico- en beschermende factoren kunnen aangrijpingspunten vormen voor preventieve interventies. Hieronder belichten we deze beide factoren meer in detail.

Persoonlijke risicofactoren

Onderzoek toont aan dat een eerdere (sub)klinische depressie de meest duidelijke voorspellende risicofactor is voor het ontwikkelen van een depressie. Daarnaast zijn er nog andere persoonlijke risicofactoren, met minder voorspellende waarden, die de kans op het krijgen van een depressie verhogen zoals neuroticisme of een lage zelfwaardering (Maas & Jansen, 2000). Psychische problemen zoals suïcidaliteit, angststoornissen of alcoholverslaving maar ook lichamelijke ziekten zoals diabetes of hormonale verstoringen (bijvoorbeeld vanwege schildklierproblemen) kunnen eveneens de kans op depressiviteit verhogen (Maas & Jansen, 2000). Geslacht is ook een relevante factor: vrouwen hebben twee keer zo vaak last van een depressie dan mannen en bij jonge meisjes komt dit zelfs drie keer zo veel voor in vergelijking met jongens van dezelfde leeftijd (Schoemaker & De Ruiter, 2005).

Risicofactoren in de sociale omgeving

De sociale omgeving, bijvoorbeeld het gezin, kan eveneens een risicofactor zijn voor het ontwikkelen van een depressie. Kinderen met een depressieve ouder hebben vier keer zo veel kans op het vroeg of laat krijgen van een depressie dan kinderen van niet-depressieve ouders. Deze verhoogde kans neemt nog verder toe indien beide ouders depressief zijn (Bijl e.a., 2002). Dit risico op het krijgen van een depressie kan overigens zowel beïnvloed worden door genetische factoren als door het onvoldoende functioneren van de ouder ten gevolge van depressiviteit. Instabiele gezins-situaties waarbinnen sprake is van fysieke, emotionele of seksuele mishandeling van kinderen door ouders of andere familieleden vormen ook een risicofactor (Verhulst 2006). Risico's kunnen ook buiten het gezin liggen. Kinderen die veelvuldig gepest worden op school of die weinig vrienden hebben, zijn ook vatbaar voor het ontwik-

kelen van een depressie. Voor volwassenen geldt een aantal van soortgelijke risico's in de sociale omgeving. Hierbij kan gedacht worden aan een slecht huwelijk, een gewelddadige relatie, gepest worden op het werk of langdurige armoede (Luppa e.a., 2012; Carvalho e.a., 2011; Shanahan e.a., 2011). Sociaaldemografische kenmerken kunnen eveneens een rol spelen. Zo is de prevalentie van depressie onder verpleeghuisbewoners, grootstedelingen en migrantengroepen hoger dan onder de algemene bevolking (Van 't Land e.a., 2008).

Ingrijpende levensgebeurtenissen als risicofactor

Ingrijpende levensgebeurtenissen vormen naast sociale-omgevingsfactoren ook een risicofactor voor het ontstaan van een depressie. Het plotseling overlijden van een van de ouders, het veranderen van school, scheidingen of problemen met de gezondheid kunnen als het ware een depressie uitlokken (Maas & Jansen, 2000).

Voor personen met een opeenstapeling van uiteenlopende risicofactoren neemt de kans op het ontwikkelen van een depressie aanzienlijk toe. Het zijn deze hoog-risicogroepen die de doelgroepen vormen voor interventies gericht op depressiepreventie. Of iemand een depressie ontwikkelt, wordt echter niet alleen beïnvloed door het samenspel van bovengenoemde risicofactoren, maar eveneens door of een aantal beschermende factoren aanwezig en werkzaam zijn. Deze factoren bespreken we hieronder.

Beschermende factoren

Beschermende factoren verkleinen de kans op het krijgen van een depressie. Deze factoren kunnen net als de risicofactoren ingedeeld worden in persoonlijke factoren en sociale-omgevingsfactoren. Competenties zoals mentale veerkracht (*resilience*), sociale vaardigheden, stressbestendigheid en probleemoplossende vaardigheden (*coping*), en ook intelligentie, worden als persoonlijke beschermende factoren aangemerkt. Sociale-omgevingsfactoren zoals een stabiele gezinssituatie of een prettige school- of werkomgeving kunnen tevens een buffer vormen tegen het krijgen van een depressie (Smit e.a., 2003).

Samenvattend kunnen we stellen dat de kwetsbaarheid voor het krijgen van een depressie toeneemt indien het aantal risicofactoren stijgt en deze daalt wanneer er ook beschermende factoren in het spel zijn (Hölzel e.a., 2011). Deze risico- en beschermende factoren laten zien dat deze kwetsbaarheid niet alleen door persoonlijke maar ook door sociale-omgevingsfactoren beïnvloed wordt (Carvalho e.a., 2011). Een aantal risicofactoren en beschermende factoren kunnen positief beïnvloed worden. Daarom vormen deze aangrijpingspunten voor preventieve interventies.

Effectieve preventie van depressie heeft tot doel het verkleinen van een aantal van te beïnvloeden persoonlijke- en sociale-risicofactoren en het vergroten van effectieve beschermende factoren. Deze doelstelling bespreken we in de volgende paragraaf aan de hand van de indeling van preventieve interventies in universele, selectieve en geïndiceerde preventie, zoals besproken in hoofdstuk 1 van dit boek (zie ook Mrazek & Haggerty, 1994).

13.4

Preventie van depressie

In hoofdstuk 1 is beschreven hoe verschillende vormen van preventie naar doelgroepen en de te beïnvloeden risico- en beschermende factoren, onderscheiden kunnen worden (zie figuur 13.2).

1 Universele depressiepreventie

Universele depressiepreventie richt zich op de algemene bevolking of groepen daarbinnen zonder onderscheid te maken naar de aan- of afwezigheid van depressieve klachten. Universele preventie kan op meerdere manieren worden aangeboden. Voorbeelden zijn landelijke mediacampagnes of voorlichtingsactiviteiten op regionale schaal. In toenemende mate wordt universele preventie via internet aangeboden. Dit type preventie heeft als doel om kennis over depressies over te dragen en om bijvoorbeeld stigmatiserende attitudes ten aanzien van mensen met een depressie te verminderen. Psycho-educatie is hiertoe een belangrijk middel. Psycho-educatie gaat ervan uit dat kennisbevordering en beïnvloeding van de attitude leidt tot een groter bewustzijn van het bestaan van depressies en dit kan, wanneer nodig, het hulpzoekgedrag bevorderen. De Mentaal Vitaal-campagne is een voorbeeld van universele depressiepreventie via internet (www.mentaalvitaal.nl). Deze campagne wordt uitgevoerd door het Trimbos-instituut in samenwerking met het Fonds Psychische Gezondheid. Universele depressiepreventie voor jongeren vindt vaak plaats op school en heeft naast kennis en attitude vaak eveneens gedragsbeïnvloeding via competentieverhoging tot doel. Het schoolprogramma Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD) is hier een voorbeeld van. Dit programma is gericht op leertheoretische en cognitief gedragstherapeutische uitgangspunten. Het programma versterkt de sociaal emotionele vaardigheden van alle deelnemende scholieren tussen de vier en twaalf jaar. Deze vaardigheden dienen echter ook als beschermende factor voor het mogelijk optreden van depressieve klachten onder sommige van hen. De effectiviteit van universele preventie als *stand alone*-interventies voor depressiepreventie staat nog niet onomstotelijk vast (Meijer e.a., 2006) maar onderzoek naar dit type preventie in samenhang met selectieve preventie en als toeleider naar geïndiceerde preventie is in ontwikkeling.

2 Selectieve depressiepreventie

Selectieve depressiepreventie richt haar pijlen op groepen waarvan bekend is dat ze een verhoogd risico op depressie hebben maar hier nog niet mee kampen. Dit verhoogde risico kan ontstaan door de aanwezigheid van persoonlijke of sociale risicofactoren en/of een combinatie van beide. Deze vorm van preventie bestaat vaak uit psycho-educatie in combinatie met zelftests en kortdurende preventieve interventies. Deze laatste zijn vaak gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. De psycho-educatiecomponent levert advies op maat en gaat in op de vragen die deze hoog-risicogroepen mogelijk hebben. Zelftests en met name die via het internet bieden deze groepen een goede mogelijkheid om na te gaan of zij een kans hebben op het ontwikkelen van een depressie. Deze tests bestaan meestal uit een eenvoudige,

korte vragenlijst waarop een geautomatiseerde uitslag en advies volgt (zie bijvoorbeeld de 'snelweerwel' online screeningslijst van Prezens, paragraaf 13.7). Deze tests stellen geen diagnose maar kunnen een eerste indicatie geven van mogelijke depressieve klachten of problemen. Zo'n test kan uitmonden in het advies om een selectieve preventieve interventie te volgen. Deze worden op verschillende manieren aangeboden, bijvoorbeeld in de vorm van een face-to-face-groepscursus, of in de vorm van ongebeide of begeleide zelfhulpcursussen al of niet via het internet. Selectieve interventies voor kinderen van ouders met psychische problemen met als doel het voorkomen van problematiek onder deze kinderen zelf zijn hier een voorbeeld van. Deze kinderen kampen vaak met moeilijkheden thuis en een deel van hen (naar schatting 1 op de 4) heeft zelf ook een verhoogd risico op het vroeger of later ontwikkelen van psychische en gedragsproblemen. Interventies voor deze kinderen vergroten de kennis over het bestaan van psychische problemen van hun ouders en daarnaast leren zij de kinderen strategieën om met moeilijke thuissituaties om te gaan, hoe zij goed voor zichzelf kunnen zorgen en waar zij aanvullende hulp kunnen zoeken. Ook de risico's die zij mogelijk zelf lopen op het ontwikkelen van bijvoorbeeld een depressie of alcoholprobleem komt aan bod. Selectieve interventies via het internet maken lotgenotencontact goed mogelijk en deze vorm van ondersteuning vormt dan ook een onderdeel van veel selectieve interventies. Kopstoring (www.kopstoring.nl) is een voorbeeld van zo'n selectieve interventie voor jongeren van ouders met psychische of verslavingsproblemen. Deze interventie biedt ondersteuning en antwoord op uiteenlopende vragen die jongeren hebben zoals: 'mijn moeder is depressief, word ik dat zelf later ook?' of: 'mijn vader zit dronken achter het stuur en ik wil niet meer meerijden, hoe pak ik dat aan?'

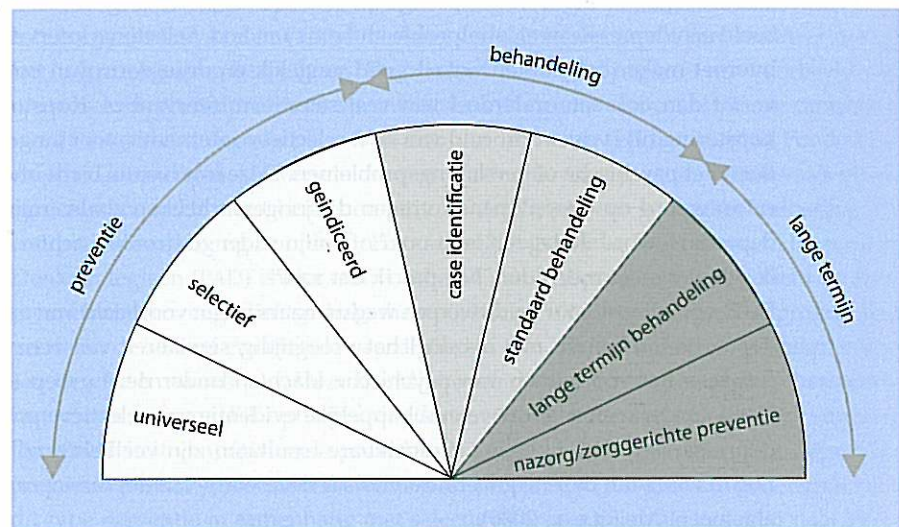
De Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars is een voorbeeld van een selectieve depressie-interventie met als doel het vroegtijdig signaleren van eenzaamheid en daarmee het voorkomen van psychische klachten onder deze groep (Onrust e.a., 2008). Onderzoek naar de wetenschappelijke evidentie van selectieve preventie voor depressie is in ontwikkeling. Beschikbare resultaten zijn veelbelovend maar het is nog te vroeg om deze te generaliseren naar deze vorm van depressiepreventie in het algemeen (Meijer e.a., 2006).

3 *Geïndiceerde depressiepreventie*

Geïndiceerde depressiepreventie biedt hulp aan mensen met subklinische, mildere vormen van depressie. Doel van deze vorm van preventie is het verminderen van deze depressieve klachten en het voorkomen van zwaardere vormen van depressie. Deze interventies zijn evenals selectieve preventie voor depressie vaak gebaseerd op een combinatie van cognitieve en gedragstherapeutische uitgangspunten en grijpen in op de invloed van negatieve cognities bij het ontwikkelen van depressies. Binnen cognitieve gedragstherapie ligt het accent op de relatie die er bestaat tussen gedachten, gevoelens en gedrag ('denken – voelen – doen'). Negatieve denkpatronen zoals 'ik doe altijd alles fout' of 'niemand ziet mij staan' kunnen leiden tot gevoelens van onvermogen en verminderde activiteit. Deze kunnen op hun beurt bijdragen aan de ontwikkeling van een depressie. Binnen cognitieve gedragstherapie ligt het accent

op het herkennen van negatieve denkpatronen en het omzetten hiervan in meer positieve, realistische denkpatronen. Deze therapie wordt in de vorm van (begeleide) zelfhulp zowel individueel als in groepsverband aangeboden en steeds vaker in beide vormen ook via internet. Veelgebruikte effectieve depressie-interventies zijn de face-to-face-groepscurssussen In de Put, uit de Put voor volwassenen en de online Grip op je Dip-interventies voor jongeren (www.gripopjedip.nl). Alles Onder Controle is ontwikkeld voor beide leeftijdsgroepengroepen en wordt op individueel niveau via het internet aangeboden met minimale begeleiding door een coach. Deze laatste interventies bespreken we uitgebreid in de volgende paragrafen. De werkzaamheid van geïndiceerde depressiepreventie is in tal van studies en praktijken overtuigend aangetoond. Het helpt bij het verminderen van depressieve klachten en vermindert de kans op het ontstaan van meer ernstige vormen van depressie bij ongeveer een op de drie personen. Verder kan het een nieuwe depressie na een eerdere episode helpen voorkomen met interventies die specifiek ontwikkeld zijn ter voorkoming van terugval (Hollon e.a., 2006; Cuijpers e.a., 2009).

FIGUUR 13.2
Het interventiespectrum (naar Mrazek & Haggerty, 1994)



13.5

Voor- en nadelen van depressiepreventie via internet

Depressie-interventies via het internet hebben een aantal voordelen ten opzichte van meer traditionele face-to-face-interventies. Deze voordelen betreffen naast hun bewezen effectiviteit (zie paragraaf 13.8) ook de hoge mate van acceptatie onder deelnemers en aanbieders plus de mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering en kostenbesparingen van preventie en zorg. Daarnaast bieden deze interventies nieuwe wegen voor het uitvoeren van onderzoek omdat zowel de werving als dataverzameling online plaats kan vinden. Mogelijke voordelen maar ook een aantal nadelen van internetinterventies bespreken we in deze sectie. Hierbij merken wij op dat niet al deze voordelen al gestoeld zijn op robuust wetenschappelijk onderzoek.

Acceptatie

Preventieve internetinterventies kunnen een brede groep van mensen met psychische problemen bereiken, onafhankelijk van plaats en tijd (24/7). Deelnemers kunnen zelfstandig met deze interventies aan de slag, in hun eigen tijd en ritme en bovendien op een plek waar zij zich gemakkelijk voelen. Een aantal van deze interventies is volledig anoniem en gratis wat ook de deelname vergemakkelijkt.

Laagdrempelige toegang is niet alleen comfortabel voor deelnemers omdat zij niet hoeven te reizen of te verzuimen van werk; het kan ook een therapeutisch doel dienen. Ongeveer 40 procent van de mensen met psychische klachten ontvangt geen hulp terwijl zij gezien de aard van hun klachten hier wel baat bij kunnen hebben (Van Beljouw e.a., 2010). De redenen hiervoor lopen uiteen van het tekort aan geschoolde therapeuten, lange wachtlijsten tot persoonlijke inschattingen dat 'praten' niet helpt. Een aanbod via het internet kan deze groep in een vroeg stadium bereiken omdat de drempel om hulp te zoeken en te aanvaarden lager is dan bij het reguliere aanbod. Het op het juiste moment toegang krijgen tot hulp kan de motivatie versterken om ook daadwerkelijk aan de slag te gaan met de ervaren depressieve klachten. Dit kan op termijn ook de vraag naar intensieve, duurdere zorg verminderen. Het internet faciliteert ook het gebruik van multimedia zoals audiovisuele applicaties. Dit gebruik is niet alleen aantrekkelijk voor deelnemers maar kan ook de kwaliteit van de overdracht van informatie en kennis verhogen.

Kwaliteit van interventies

Internetinterventies worden gekenmerkt door een sterk gestructureerde aanpak in combinatie met de systematische aanpak van cognitieve gedragstherapie-interventies in het algemeen. Dit vergroot aanzienlijk de kans dat interventies aangeboden worden zoals voorgeschreven volgens het protocol. Dit komt ofwel omdat er geen therapeut aan te pas komt, ofwel omdat ook de therapeut-cliëntrelatie georganiseerd en transparant is (alle communicatie vindt via geschreven teksten plaats en deze worden gedocumenteerd en gebruikt voor supervisie). Hiermee worden verschillen in de uitvoering tussen therapeuten verkleind en de kans op effectiviteit verhoogd. Voor het monitoren van de voortgang en bijsturing indien nodig biedt het internet goede mogelijkheden (Brouwer e.a., 2010). Interactieve internetinterventies kunnen tijdige (geautomatiseerde) feedback leveren op zelfgerapporteerde symptomen en acties bijvoorbeeld via het bijhouden van een stemmingsdagboek. De voortgang kan zo bijgehouden worden door zowel deelnemers zelf, en in het geval van begeleide vormen van online interventies, ook door hun coaches. Deze monitoringsactiviteiten maken ook duidelijk welke doelgroepen met de interventie bereikt worden.

Implementatie

De ontwikkelings- en implementatiekosten van internetinterventies zijn relatief hoog en in de praktijk meestal veel hoger dan aanvankelijk gepland. Daarentegen kunnen deze interventies wanneer eenmaal geïmplementeerd leiden tot kostenbesparingen omdat de kosten voor opschaling en disseminatie relatief laag zijn. Dit

geldt vooral voor interventies die zonder begeleiding aangeboden worden. Ook begeleide interventies kunnen tijd en kosten besparen, bijvoorbeeld vanwege het minder aantal benodigde uren van therapeuten per cliënt. Begeleidingstrajecten kunnen bij beginnende problematiek door lager opgeleide hulpverleners uitgevoerd worden tegen lagere kosten. Aanbieders ervaren eveneens minder *no show* – het niet opkomen dagen – van cursusdeelnemers omdat het contact tussen hulpverlener en deelnemer in begeleide interventies via het internet meestal asynchroon verloopt. Er vindt dus geen ontmoeting plaats op van te voren vastgestelde tijdstippen, maar cliënt en therapeut kiezen zelf het moment voor hun deel van de interactie. Internetinterventies worden ook ingezet in combinatie met face-to-face-gesprekken. Men spreekt dan van een *blended* aanbod.

Nadelen

Internetinterventies kennen ook een aantal nadelen. Internetinterventies zijn niet voor alle mensen met psychische problemen geschikt. Zij zijn bijvoorbeeld niet geschikt voor mensen die slecht kunnen lezen of niet met computers of het internet overweg kunnen. Toegang tot internet en een pc is echter voor het merendeel van deze groep niet het probleem; in Nederland heeft intussen vrijwel ieder huishouden toegang tot pc en internet. Voor een andere groep is het gewoonweg niet acceptabel om hun problemen online aan te pakken. Dit geldt met name voor mensen met minder kennis en ervaring met werken met het internet. Ook kunnen psychologische problemen te complex zijn, zoals bij schizofrenie, om online te behandelen.

FIGUUR 13.3
Een screenshot
van de Alles Onder
Controle-website



13.6

Alles Onder Controle-interventie

Alles Onder Controle (AOC, figuur 3) is een geïndiceerde preventieve interventie voor volwassenen die via het internet zelfstandig hun depressieve klachten willen aanpakken (Van Straten e.a., 2008). Deze interventie is gebaseerd op de uitgangs-

punten van de probleemoplossende therapeutische benadering (Problem Solving Therapy, PST; Mynors-Wallis e.a., 1995). Problemen en stressvolle gebeurtenissen behoren bij het leven van alledag. Bij sommige mensen kunnen deze problemen echter leiden tot psychische problemen omdat zij over een te beperkt arsenaal aan denk- en handelingsvaardigheden beschikken om deze problemen adequaat op te lossen. PST gaat ervan uit dat meegemaakte 'onopgeloste' problemen mede de oorzaak vormen van een depressie. Het aanleren van nieuwe efficiënte strategieën om problemen op te lossen, kan dan vervolgens leiden tot een vermindering van depressieve klachten. PST leert deelnemers daarom een relatie te leggen tussen hun huidige problemen en psychische klachten. Het accent ligt niet zozeer op hoe deze problemen mogelijk zijn ontstaan maar vooral op hoe deze opgelost kunnen worden in het hier en nu. Het met succes oplossen van deelp Problemen bekrachtigt het competentiegevoel van deelnemers tijdens de therapie. Een kernkwaliteit van deze methode is eveneens dat de probleemoplossende vaardigheden niet alleen nu maar ook in de toekomst kunnen worden toegepast. De werkzaamheid van PST voor de preventie en behandeling van depressies is bewezen in tal van studies (Mynors-Wallis, 2005).

Alles Onder Controle is een geprotocolleerde PST-zelfhulpinterventie die mede gebaseerd is op de PST-methode van Bowman en collega's (1995). AOC is ontwikkeld door Pim Cuijpers e.a., (2006) in nauwe samenwerking met relevante stakeholders waaronder mensen met depressieve klachten, GGZ (geestelijke gezondheidszorg) preventiewerkers en ontwikkelaars van internetinterventies.

De AOC-cursus bestaat uit vijf wekelijkse lessen met ondersteuning via e-mail door een coach. Binnen deze cursus leren deelnemers nieuwe denk- en handelingsstrategieën om met hun problemen om te gaan. Zij leren hoe deze problemen hen kunnen belemmeren om wat zij echt belangrijk vinden in het leven te bewerkstelligen. Vervolgens leren zij hoe zij deze problemen kunnen oplossen door het uitbreiden van bestaande denk- en gedragspatronen met nieuwe patronen. Ze leren hun persoonlijke problemen onder te verdelen in drie categorieën onbelangrijke problemen, onoplosbare problemen en oplosbare problemen. Deze problemen vormen ieder voor zich een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie. Voor elk van dit type problemen worden efficiënte oplossingsstrategieën aangeleerd.

Ten eerste leren cursisten 'onbelangrijke' problemen waar ze zich wel zorgen over maken te herkennen en hun zorgen hierover te minimaliseren. Ten tweede leren deelnemers ook hun 'onoplosbare' problemen te herkennen en deze zo te definiëren dat zij binnen of buiten de AOC-cursus met de zorgen die zij hierover hebben aan de slag kunnen gaan. Deze 'onoplosbare' problemen kunnen zeer ingrijpend zijn zoals het meemaken van een scheiding, het overlijden van een dierbare of het verliezen van een baan. Meestal zijn deze situaties onomkeerbaar, dat wil zeggen: de oplossing kan niet gevonden worden in het teniet doen van de scheiding of het ontslag. De oplossing ligt binnen de PST-aanpak dan ook in het herdefiniëren van het probleem op zo'n manier dat het oplosbaar wordt. Dit kan ertoe leiden dat deelnemers met deze nieuwe definitie binnen AOC aan de slag gaan of inzicht krijgen in waar zij voor deze problemen de juiste hulp kunnen vinden.

'Oplosbare problemen' vormen de derde categorie van problemen en deze categorie staat binnen AOC centraal. Cursisten leren in zes stappen deze problemen efficiënt aan te pakken. In stap 1 leren deelnemers hun belangrijkste problemen te identificeren, prioriteren en te concretiseren. Bijvoorbeeld 'ik voel me erg eenzaam' wordt geconcretiseerd als 'ik ben te veel alleen 's avonds thuis en daarom ontmoet ik te weinig mensen'. In stap 2 leren zij hiervoor alternatieve oplossingen te bedenken, bijvoorbeeld 'ik word lid van een sportschool, of 'ik maak iedere week een afspraak met mijn vrienden'. Het kiezen van de beste oplossing voor hun problemen voeren deelnemers uit in stap drie. Vervolgens leren zij in stap 4 een concreet werkplan te maken voor het uitvoeren van de voor hen beste oplossing. Zij plannen bijvoorbeeld het verkennen van sportscholen in de buurt, het bezoeken van deze scholen voor een proefles en maken op basis van criteria zoals kosten, nabijheid en sfeer een keuze voor hun favoriete school. In stap 5 gaan zij aan de slag met het daadwerkelijk uitvoeren van dit werkplan in de dagelijkse praktijk, bijvoorbeeld gaan zij twee keer per week sporten. In stap 6 evalueren zij of de gekozen oplossing een bijdrage heeft geleverd aan het oplossen van hun probleem. Zij gaan bijvoorbeeld na of het sporten heeft geleid tot verminderde gevoelens van eenzaamheid en daarmee tot een afname van hun somberheidsklachten.

In de volgende sectie bespreken we de implementatie van AOC binnen de preventiepraktijk van instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg.

13.7

Implementatie en disseminatie van Alles Onder Controle

AOC is 2011 geïmplementeerd door Prezens, de preventieafdeling van GGZinGeest, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in de regio Amsterdam. Prezens biedt AOC aan via haar webportal (www.snelweerwel.nl). Aan deelnemers wordt gevraagd om online een korte vragenlijst in te vullen om zo inzicht te krijgen in de aard van hun psychische klachten. Deze screeningslijst is gevalideerd (Donker e.a., 2009). Na het invullen van deze vragenlijst krijgen deelnemers binnen vijf werkdagen een advies op maat per e-mail en een uitnodiging voor een adviesgesprek. Een van de adviezen kan het deelnemen aan AOC inhouden.

Bij gebleken geschiktheid kunnen deelnemers aan AOC vervolgens met een gebruikersnaam en wachtwoord op elk moment van de dag inloggen in de cursus en toegang krijgen tot hun (beveiligde) persoonlijke data. Cursisten worden begeleid door een coach. De taken van deze coach bestaan uit het via email wekelijks motiveren van deelnemers om met de cursus en het huiswerk aan de slag te gaan, het leveren van feedback op het gemaakte huiswerk en het geven van suggesties over het vervolg van de cursus. Deelnemers ontvangen deze feedback binnen drie dagen na het afronden van iedere les. De voortgang van deelnemers wordt bijgehouden om indien nodig tussentijdse veranderingen door te voeren. Na afloop ontvangen deelnemers een advies over een vervoltraject indien zij onvoldoende hersteld zijn. Een coach besteedt gemiddeld wekelijks twintig minuten per deelnemer aan deze begeleiding. De coach vervult een ondersteunende maar geen therapeutische functie en geeft deelnemers dus geen advies over het omgaan met depressieve klachten of

andere problemen. Hierdoor kan de begeleiding ook gegeven worden door getrainde professionals die minder geschoold zijn dan psychologen zoals preventiewerkers en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'ers) of praktijkondersteuners binnen de eerstelijns (POH'ers). De cursus wordt vergoed door zorgverzekeraars.

In 2011 heeft Prezens in samenwerking met de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit en MindDistrict (ICT-partner) het 'eMental-Health Expertisecentrum' opgericht. Doel van dit centrum is het aanbieden van preventieve internetinterventies voor mensen met psychische problemen als geïntegreerd onderdeel van het reguliere preventieve en kortdurende behandelaanbod van Prezens. De Vrije Universiteit zorgt daarbij voor de ontwikkeling en wetenschappelijke onderbouwing van het internetaanbod en MindDistrict biedt het technische platform aan waarop onder andere AOC draait. Eind 2011 kunnen ook andere aanbieders van depressiepreventie met AOC gaan werken met technische en inhoudelijke begeleiding van het expertisecentrum. Dit begeleidingstraject zal bestaan uit vier implementatiefasen: (1) het plannen van het AOC-aanbod en het trainen van coaches, (2) het inrichten van het technische platform, (3) de toeleiding naar AOC en de inbedding van AOC in het reguliere aanbod, en (4) het dissemineren van AOC en het monitoren van de voortgang van deelnemers.

De implementatie van internetinterventies voor psychische problemen in de preventiepraktijk is veelbelovend maar ook nog beperkt. Zo is het bereik van geïndiceerde depressiepreventie in de periode 2007-2009 meer dan verdubbeld (van 4000 naar 9000 personen) en deze verdubbeling is geheel toe te schrijven aan het depressiepreventieaanbod via internet (De Jonge e.a., 2009). In termen van absoluut bereik is deze stijging echter nog beperkt in omvang (2 à 3 procent van de doelpopulatie voor depressiepreventie). Grootschalige implementatie van internetinterventies staat echter de komende jaren te gebeuren. De redenen hiervoor liggen voor de hand. Naast het inzicht dat preventie van depressie via het internet haalbaar, acceptabel en bewezen effectief is (Riper e.a., 2007) spelen ook economische motieven een belangrijke rol. Gezien de stijging van het aantal GGZ-cliënten, de stijging in de zorguitgaven, en de huidige economische krapte, is het van belang om de zorg voor mensen met psychische klachten effectiever en doelmatiger in te zetten. Dit kan onder meer door een versterking van het preventieve aanbod binnen de eerstelijns en via het internet. Naar verwachting zullen laagdrempelige, ongebeide selectieve internetinterventies voor psychische problemen voor het algemene publiek (gratis en anoniem) beschikbaar komen via webportals van uiteenlopende partijen zoals instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, gezondheidscentra en zorgverzekeraars (zie bijvoorbeeld www.mentaalvitaal.nl).

13.8 Effectiviteit van Alles Onder Controle

Warmerdam en collega's (2008) onderzochten in een gerandomiseerd onderzoek de werkzaamheid van AOC. Deelnemers voor het onderzoek werden geworven via ad-

vertenties in landelijke dagbladen en via websites gericht op gezondheidsinformatie. Men kon deelnemen aan het onderzoek wanneer men leed aan depressieve klachten zoals gemeten met de depressievragenlijst van het 'Center of Epidemiological Studies-Depression scale' (CES-D, een score van 16 of hoger op deze lijst). Via loting werden deelnemers toegewezen aan de AOC-groep of aan de controlegroep die geen interventie ontving.

Meer vrouwen dan mannen namen deel aan het onderzoek (70 procent). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 45 jaar, bijna allen waren afkomstig uit Nederland en de meerderheid was hoogopgeleid. Deze demografische kenmerken zijn exemplarisch voor volwassenen die deelnemen aan onderzoek naar de effectiviteit van internetinterventies voor gezondheidsproblemen (Riper e.a., 2007; Brouwer, 2010).

Bij aanvang van de studie kampen deelnemers met aanzienlijke depressieve klachten (gemiddeld een score van 32 op de CES-D). Onderzoeksdeelnemers vulden online vragenlijsten in bij aanvang van de studie en vervolgens na 5, 8 en 12 weken. De voornaamste uitkomstmaat was de mate van depressieve symptomen zoals gemeten met de CES-D. Secundaire uitkomstmaten waren onder meer angstklachten, kwaliteit van leven en gebruik van zorgvoorzieningen en werkproductiviteit. De uitval uit het onderzoek was aanzienlijk en schommelde tussen de 30 procent na 5 weken en 43 procent na 12 weken. Ook de therapietrouw was relatief laag, slechts 4 op de 10 cursisten voltooiden de gehele cursus. Relatief hoge studie-uitval en lage therapietrouw zijn kenmerkend voor preventieve internetinterventies (Eysenbach, 2005). Na 12 weken hadden AOC-deelnemers significant minder depressieve klachten dan deelnemers uit de controlegroep. Het gaat hierbij om een middelgroot effect ($d = 0.65$). Daarnaast was 1 op de 3 deelnemers (34 procent) aan de AOC-interventie na 12 weken hersteld van de depressieve klachten (in vergelijking met 0 procent in de controleconditie) en scoorde 16 of lager op de CES-D.

In dezelfde studie onderzocht Warmerdam en collega's, ook de effectiviteit van AOC in vergelijking met een begeleide variant van Kleurjeleven (KJL), een online depressie cursus voor mensen met depressieve klachten. Deze cursus uit 2004 bestaat uit negen lessen en is gebaseerd op de cognitief gedragstherapeutische cursus die Lewinsohn en Cuijpers in 2009 ontwikkelden. AOC bleek even effectief als KJL. Van Straten e.a., (2008) onderzochten eveneens in een gerandomiseerd onderzoek de effectiviteit van AOC voor depressie en ook in deze studie was AOC statistisch en klinisch effectief. De resultaten kwamen overeen met de middelgrote effecten voor begeleide depressiepreventie via het internet in vergelijk met niets doen in twee meta-analyses (Spek e.a., 2007, Andersson & Cuijpers, 2009) en een Nederlandse overzichtsstudie (Riper 2011). Uit weer een andere meta-analyse blijkt dat internetinterventies voor depressie even effectief zijn als interventies die face-to-face worden aangeboden (Van 't Hof e.a. 2009). Dit maakt preventieve internetinterventies op populatieniveau interessant omdat deze interventies tegen lagere kosten kunnen worden aangeboden. Deze aanname is ook onderzocht in de studie van Warmerdam

en collega's (2010). Deze economische evaluatie toont aan dat AOC inderdaad kosten-effectief is in termen van behaalde gezondheidswinst in relatie tot gemaakte kosten. Deze resultaten komen overeen met de resultaten van kosteneffectiviteitsonderzoek van depressiepreventie via het internet van Gerhards e.a. (2010).

Samenvatting en beschouwing

Depressiepreventie via het internet heeft de toekomst. Onderzoek toont aan dat deze interventies leiden tot vermindering van depressieve klachten en mogelijk tot kostenbesparingen in preventie en zorg. Deze aanpak past goed in een tijd waar mensen verwachten dat zij online te rade kunnen gaan voor hulp bij psychische problemen.

De ontwikkelingen rondom de in dit hoofdstuk gepresenteerde AOC-interventie zijn exemplarisch voor de trends in de digitalisering van de hulpverleningspraktijk aan mensen met psychische problemen. Niettegenstaande de vele uitdagingen waar deze praktijk een antwoord op zal moeten vinden, zal naar verwachting deze digitalisering sneller gaan dan menigeen nu nog voor mogelijk houdt. De vraag hierbij is dus niet naar deze digitalisering *sec* maar naar de meerwaarde in kwaliteit en kostenbesparingen. Zoals in dit hoofdstuk besproken, zijn hiervoor verschillende redenen en trends aan te wijzen. De eerste reden ligt voor de hand. De geestelijke gezondheidszorg moet bezuinigen en staat voor de uitdaging preventie en zorg op een meer kostenefficiënte wijze te organiseren. Tegelijkertijd groeit de wetenschappelijke evidentie voor de klinische en kosteneffectiviteit van internetinterventies voor psychische problemen. Daarnaast bieden innovaties zoals smartphones, tablets, social media en 'serious gaming for health' mogelijkheden om depressiepreventie in de toekomst nog beter toegankelijk, bruikbaar en kostenefficiënt te maken. Om ten volle op deze trends te kunnen aansluiten is onderzoek nodig naar de (kosten) effectiviteit van innovatieve interventies en onderzoek naar voor welke doelgroepen digitale preventie het meest geschikt is. De AOC-interventie voor volwassenen is bijvoorbeeld aangepast voor specifieke doelgroepen zoals jongeren, Turkse en Marokkaanse migrantengroepen en huisartspatiënten. Deze varianten worden nu op (kosten)effectiviteit onderzocht en daarom nog niet in de praktijk aangeboden. Nodig blijft bovenal het onderzoek naar effectieve implementatiestrategieën en naar welke eisen de uiteenlopende doelgroepen aan depressie-interventies stellen. Dit met het oog op bestendiging van behaalde resultaten nu en in de toekomst.

VERDER LEZEN

- Mynors-Wallis, L. (2005) *Problem-solving treatment for anxiety and depression. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *High Tech, High Touch, High Trust*. Programmeringsstudie E-Mental Health (i.o.v. VWS). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Schalken, F. (2010) *Handboek online hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Websites

www.allesondercontrole.nl

www.kleurjeleven.nl

www.diabetergestemd.nl

www.mentaalvitaal.nl

www.gripopjedip.nl